

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

637

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles COUDRAY

Né le 27 Mai 1900 à Evran (Côtes-du-Nord)

LES

LUXATIONS PATHOLOGIQUES

DANS LES

ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES

Président : LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^o, ÉDITEURS

45, RUE CACINE, 45

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles COUDRAY

Né le 27 Mai 1900 à Evran (Côtes-du-Nord)

LES

LUXATIONS PATHOLOGIQUES

DANS LES

ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES

Président : LECÈNE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

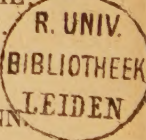
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ BEZANÇON
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire.	{ ROUVIÈRE.
	{ BRANCA.



II.—AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 FOIX. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER. . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 RIBIERRE. . . . Pathologie médicale.
 RICHTER Fils. . Physiologie.
 TANON. Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE. Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LœPER. Clinique médicale.
PROUST. Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLAY BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Dont les sacrifices et le dévouement m'ont permis de mener à bien mes études. Humble témoignage de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

En témoignage de mon affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A qui nous exprimons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONDOR

Professeur agrégé de pathologie chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sincères remerciements pour l'aimable accueil qu'il nous a réservé.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A MES MAITRES DE L'HOSPICE GÉNÉRAL
DE SAINT-BRIEUC

Au Docteur PRIGENT

Au Docteur HERY

*Leurs judicieux et aimables conseils
nous seront d'un précieux secours
au cours de notre carrière médicale.
En témoignage d'une sincère reconnaissance.*

Aux Docteurs GRENIÉ
OUDOT
TESSIER
LAPLUME
VIOLETTE

En témoignage de notre gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES LUXATIONS PATHOLOGIQUES

DANS LES

ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES

Nous chercherons à établir l'existence des luxations pathologiques d'origine gonococcique. Nous n'en ferons ni l'étude clinique, ni l'étude thérapeutique.

Définition. — Les luxations pathologiques sont des déplacements des surfaces articulaires acquis, préparés ou favorisés par un état morbide de l'articulation.

Historique. — Les luxations pathologiques, en général, sont connus depuis Hippocrate. Il les attribuait à un amas de mucosités accumulées dans la jointure favorisant la dislocation de l'article.

Jean-Louis Petit (1722), Parise, Bichat (1798), Bonnet (1845) soutinrent à peu près la même théorie en la complétant. « La synovie, dit J.-Louis Petit, remplit la capsule, relâche les ligaments qui ne peuvent résister aux muscles qui actionnent l'articulation. » Bonnet fait ressortir l'action des muscles et des attitudes au membre inférieur. Sabatier attribue une grande importance aux lésions osseuses qui

peuvent à elles seules d'après lui produire la luxation.

Mais si les luxations pathologiques en général sont si anciennement connues, Duplay et son interne Brun montrèrent que les manifestations articulaires de la blennorrhagie peuvent ne pas se réduire à des formes comme l'hydarthrose, ou la fluxion pseudorhumatismale mais que l'arthrite aiguë est fréquente. Ils insistèrent sur la gravité du pronostic de cette affection qui peut se terminer par l'ankylose ou *la destruction de l'articulation*.

La première observation de luxation pathologique, consécutive à une arthrite blennorrhagique que nous avons relevée dans la littérature nous est fournie par Bousquet *en 1885*.

Il s'agit d'une luxation sterno-claviculaire et cet auteur nous fait remarquer « qu'aucun fait de ce genre n'a encore été communiqué ».

Depuis cette époque plusieurs observations ont cependant été publiées et nous avons pu en relever 23. Parmi celles-ci il en est qui relatent l'histoire complète de ces luxations, d'autres comme celles de Cooperman nous donnent un tableau d'ensemble de l'affection résumant 8 observations à peu près identiques. Pour les 7 derniers cas, relatés par König nous n'avons trouvé que la mention de leur existence.

Sur ce nombre important de luxations, nous faisons remarquer que les auteurs étrangers sont rapporteurs de plus de la moitié. C'est Karenski (1 obs.), Drehmann (1 obs.) et Kœnig (7 cas) en Allemagne, Cooperman (8 cas) et Harley (1 obs.) en Angleterre.

ETIOLOGIE

La luxation, dans les arthrites blennorragiques, n'est pas une affection fréquente, encore que dans la statistique de König elle complique dans 35 % des cas la coxite aiguë blennorragique.

Nous avons pu réunir 23 observations et ce nombre rapproché, dans la statistique de Degez, de ceux qui concernent le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde et même la scarlatine, dans l'étiologie des luxations pathologiques, nous prouve que le rhumatisme blennorragique occupe un rang que nous pouvons considérer comme inférieur à celui qu'il y doit tenir.

Le *sexe* semble n'avoir aucune influence dans l'étiologie de ces luxations. Dans les 8 cas signalés par Cooperman, il y avait 4 garçons et 4 filles. Les autres observations où le sexe est précisé nous donnent un nombre sensiblement égal d'hommes et de femmes.

Quant à l'âge, nous retrouverons dans nos observations des cas concernant surtout les nouveau-nés et les adultes ; ces derniers étant les plus largement représentés.

Le *siège* le plus fréquent de cette affection est sans

contestations possible l'articulation de la hanche, ce qui est déjà vérifié pour les luxations pathologiques en général. La statistique ci-dessous fera mieux ressortir la fréquence relative de cette localisation par rapport aux autres articulations :

Articulation de la hanche.....	20 cas
Articulation sterno-claviculaire...	1 —
Articulation scapulo-humérale....	1 —
Luxation de la tête du radius.....	1 —

Ceci contraste avec la localisation du gonocoque aux différentes articulations. La localisation à la hanche est en effet beaucoup moins fréquente qu'à certaines autres articulations. Elle n'occupe guère que le cinquième ou sixième rang dans la plupart des statistiques qui s'occupent de cette question.

PATHOGÉNIE

La question de la pathogénie des luxations pathologiques n'est pas spéciale aux arthrites blennorragiques. Nous savons que de nombreuses autres causes peuvent déterminer ces déplacements des surfaces articulaires : la fièvre typhoïde, la scarlatine, dans leurs manifestations articulaires ont souvent déterminé des luxations.

Par quel mécanisme, deux surfaces articulaires emboîtées de par leur conformation extérieure, maintenues par des liens élastiques puissants auxquels vient s'ajouter l'action des muscles périarticulaires, peuvent-elles perdre entre elles tout rapport, au cours d'une affection inflammatoire de l'article ?

C'est à cette question que nous nous proposons de répondre.

La théorie de l'hydarthrose fut la première émise. Étudiée par Parise qui établit définitivement la possibilité de la luxation sous la seule influence de l'accumulation du liquide dans une articulation, elle fut combattue par Boyer qui à l'articulation de la hanche prêtait au liquide épanché un rôle tout opposé.

Il a été longtemps admis que la présence du liquide dans une articulation, déterminait une atti-

tude spéciale correspondant à la position dite « de repos ».

Mais comme l'enseignèrent Ollier et Richet, cette attitude de repos correspond en réalité au maximum de capacité de la synoviale et dès lors reconnaît comme cause principale la synovite qui préside au début de toute arthrite. C'est en effet pour éviter le tiraillement douloureux de la capsule et des ligaments articulaires enflammés que le malade met son membre dans cette attitude. Cette position n'est donc pas *mécaniquement* imposée par la seule action physique du liquide épanché. Elle est *volontaire* ou instinctive et déterminée par un agent actif, les muscles péri-articulaires. Le rôle mécanique du liquide intra-articulaire devient de ce fait d'une importance toute relative, et l'absence de l'attitude de repos dans certains cas d'hyarthrose chronique avec épanchement très abondant vient nous fortifier dans cette conception.

Il nous faut insister cependant sur les inconvénients de la nouvelle attitude du membre. Forge et Maubrac, dans leur *Traité des luxations pathologiques* font remarquer en effet qu'elle *prédispose à la luxation* : les os ne sont plus maintenus en rapport exact, les parties molles ne les soutiennent plus. Comme conséquence immédiate, les leviers osseux auront tendance à se déplacer, à *se luxer* et d'autant mieux qu'il sera presque impossible aux ligaments et aux muscles relâchés de les immobiliser. En effet la position que prend le membre est le plus souvent

difficile sinon impossible à conserver par le malade. Tout mouvement devient alors extrêmement douloureux et il y a nécessité d'immobiliser l'articulation.

Les muscles, nous allons le voir, jouent un rôle extrêmement important dans la pathogénie de la luxation. Leur action puissante s'exerçant sur une articulation malade, dont les liens distendus et altérés sont en état de moindre résistance, va déterminer la luxation préparée par l'hydarthrose.

J.-Louis Petit et Bonnet ont reconnu l'action importante des contractures et des atrophies musculaires, et pour celui-ci les lésions organiques mêmes ne seraient pas nécessaires : « dans aucun cas la contraction musculaire n'agit seule mais il lui suffit d'être combinée avec certaines positions pour déterminer la luxation ».

Au début de l'arthrite le membre se trouve donc en position de moindre douleur, généralement légèrement fléchi et maintient les surfaces articulaires immobiles. Cette contraction, cette vigilance musculaire que d'Hunter appelait la sympathie des muscles avec l'article, a surtout pour but à ce moment de fixer la jointure et c'est une manière d'immobilisation naturelle, si nous pouvons ainsi dire.

Mais plus tard avec la persistance de l'arthrite et son retentissement sur le système musculaire, on observe une atrophie des extenseurs. Les fléchisseurs dont l'action est plus puissante du fait même de la position du membre, exagèrent leur action qui

n est plus compensée par les muscles antagonistes et leur contraction devient une véritable contracture figeant le membre en flexion forcée et douloureuse.

Au genou, pour prendre un exemple, cette contracture s'accroissant exagère la position vicieuse (flexion forcée aux environs de 140°) à mesure que la lésion articulaire progresse et que les ligaments altérés perdent leur résistance. Elle finit par entraîner le tibia en arrière, le fait glisser sur les condyles et produit ainsi la luxation.

A la hanche c'est une attitude de flexion avec abduction ou adduction qu'on observe le plus souvent au début des arthrites. Par le mécanisme précédemment indiqué, le membre passera de cette attitude de repos à la position de flexion à 90° degrés avec exagération de l'abduction ou de l'adduction pour immobiliser l'article.

Cette position vicieuse fait appuyer la tête fémorale sur une capsule malade et affaiblie en des points différents suivant l'attitude du membre et aboutit bientôt à la luxation si on n'essaie d'y remédier par une immobilisation en bonne position.

Comment expliquer l'atrophie musculaire qui joue un si grand rôle dans la production de ces luxations ? De nombreuses théories ont été émises. Le relâchement musculaire ne suffit pas à expliquer la dégénérescence des extenseurs.

On tend à l'expliquer par des troubles trophiques d'origine médullaire, conséquences du retentissement de l'affection articulaire sur les centres ner-

veux correspondants de la moelle. Pozzi s'appuyant sur la loi d'anatomie pathologique suivante: « la dégénérescence frappe les muscles proportionnellement à leur activité » explique ainsi la localisation de l'atrophie au groupe musculaire des extenseurs (Forgue et Maubrac). D'autres auteurs ont admis une névrite ascendante partant des rameaux nerveux articulaires, ceux-ci émanant pour la plus grande partie des nerfs des extenseurs.

Nous verrons au chapitre de l'anatomie pathologique quelles sont les lésions osseuses. Les surfaces articulaires altérées jouent certainement un rôle dans la luxation pathologique. Nous savons en effet que les surfaces articulaires ont des contours extérieurs tels, qu'elles se pénètrent l'une l'autre et que le seul fait de leur rapprochement donne à l'article une solidité qui n'est pas négligeable. On conçoit aisément que la destruction de ces contours ostéopériostiques en certains points, la production d'ostéophytes en d'autres, peut contribuer dans une large mesure à favoriser la luxation.

L'ostéoporose, si nettement vérifiée dans les arthrites blennorragiques graves, est probablement un facteur important. En particulier, au niveau de la hanche, l'éculement du sourcil cotyloïdien et la décalcification de la tête fémorale sont des lésions qu'on peut légitimement invoquer.

Mais M. Mondor a porté devant le Congrès de Chirurgie deux observations de subluxation du genou où ne sont pas signalées de lésions osseuses graves.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce sont les lésions constatées dans les arthrites gonococciques auxquelles s'ajoutent la rupture des liens articulaires de la synoviale et le déplacement des extrémités osseuses de l'articulation intéressées.

Les localisations articulaires de la blennorrhagie ayant assez rarement une issue fatale, les constatations d'autopsies pour ces affections ne sont pas nombreuses. Aux quelques renseignements ainsi recueillis se sont ajoutés ceux que les chirurgiens ont rassemblés au cours des interventions sanglantes. La radiographie a permis en outre dans de nombreux cas de dévoiler l'atteinte ostéo-périostique des extrémités articulaires.

1° *Lésions de la synoviale.* — Le plus souvent elle est épaissie, rougeâtre, injectée et distendue au début de l'arthrite. Puis l'une des extrémités articulaires appuyant sur cette séreuse, dans sa tendance à se luxer, l'étire et finit par en entraîner la rupture.

2° *Contenu de l'articulation.* — Le liquide collecté dans la synoviale présente de nombreux aspects :

assez souvent séreux, il est quelquefois séro-sanguinolent. La présence de pus longtemps contestée dans les arthrites blennorragiques a été prouvée dans de nombreuses observations et on ne peut dire que ce soit là une rareté.

3^o *Lésions ligamenteuses.* — Avant la luxation, les liens articulaires sont le plus souvent distendus, allongés, sous l'influence des positions vicieuses prises par le malade et peut-être aussi sous l'action du liquide intra-articulaire.

Griffon constata au cours de l'autopsie d'un malade ayant succombé à une arthrite gonococcique de la hanche, la présence dans l'articulation d'un pus abondant et épais ainsi qu'une destruction partielle du ligament rond.

Au niveau du genou, les ligaments croisés semblent les premiers détruits.

Radiographie. — Elle a permis de reconnaître sans l'intervention chirurgicale sanglante les dégâts osseux causés au cours des arthrites qui nous occupent.

On y observe toujours une décalcification nette des extrémités osseuses de l'articulation atteinte, qui se traduit par une augmentation de la transparence aux rayons X.

Les contours des surfaces articulaires sont flous et on a observé de véritables encoches détruisant l'harmonie de ces surfaces. D'autres fois ce sont des

localisations d'ostéoporose dans le tissu osseux dessinant sur le cliché radiographique une ou plusieurs vacuoles.

Nous allons rassembler nos observations, dès maintenant, avant de discuter l'importance comparée des diverses arthrites aiguës responsables des luxations pathologiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Observation du Dr Bousquet, 22 août 1885.)

Luxation sterno-claviculaire.

Un homme de 27 ans atteint de blennorrhagie depuis un mois voit se développer au niveau de la partie interne de la clavicule droite une tuméfaction douloureuse ne s'étendant pas jusqu'à l'articulation. Il n'y avait pas de phénomènes fébriles, pas de réaction générale. On crut d'abord à une ostéopériostite de l'extrémité externe de la clavicule.

Ces accidents avaient débuté le 23 juin 1884 et le 1^{er} juillet on constatait que l'articulation sterno-claviculaire était envahie. Cette région était chaude, douloureuse et lorsqu'on imprimait un léger mouvement à l'articulation malade, cet homme se plaignait de *violentes douleurs*. Le 2 juillet, huit jours après le début des accidents, on constatait une fluctuation manifeste et une incision de 4 centimètres à cheval sur l'interligne de l'articulation sterno-claviculaire donnait issue à une cuillerée de pus dans lequel on mit le gonocoque en évidence.

Quelques jours après la plaie était entièrement recouverte de bourgeons charnus molasses ; la tête de la clavicule notablement augmentée, douloureuse, était en partie *subluxée sur le sternum*. L'immobilité et la compression ame-

nèrent la guérison de la plaie en quelques semaines mais au mois de mars 1885, sept mois après la guérison, on constatait encore un gonflement considérable de la région interne de la clavicule droite et de la portion correspondante du sternum.

La subluxation n'était pas réduite et il ne se passait aucun mouvement dans l'articulation sterno-claviculaire malade.

Cette observation, la première en date, qui relate une luxation pathologique consécutive à une arthrite blennorragique est du plus haut intérêt. Son allure clinique est celle que nous retrouverons dans les observations qui vont suivre, au moins pour celles sur lesquelles les auteurs nous ont donné quelques détails. De plus, à cette époque on n'admettait pas que le rhumatisme gonococcique affectât la forme suppurée.

Cette communication du D^r Bousquet jointe aux deux observations de Fournier et de Richet où le pus fut mis en évidence dans l'articulation, ainsi que la présence du gonocoque, détruisit les conceptions d'alors sur le rhumatisme gonococcique.

Bien qu'on ait immobilisé l'articulation malade en y ajoutant la compression de l'extrémité interne de la clavicule, nous notons la persistance de la luxation sterno-claviculaire, qui supprime tout mouvement dans cette articulation.

OBSERVATION II

(Karenski, *Berlin. Klin. Woch.*, 1892.

Société libre des chirurgiens de Berlin, 13 juillet 1891.)

Luxation spontanée de la hanche par coxite aiguë gonococcique.

Il y est question d'une femme de 41 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Elle a cinq enfants, encore vivants. En 1890 cette femme se trouva enceinte et présenta au mois de janvier 1891 une leucorrhée abondante, qui ne fut d'ailleurs pas traitée.

Le 9 février de cette même année, cette femme est prise d'une douleur brusque qui se localise dans la hanche gauche, à ce point qu'elle doit demander de l'aide pour regagner son lit. La malade est dans l'impossibilité absolue de se servir du membre inférieur gauche. Le médecin appelé fait appliquer un appareil plâtré, qui immobilise le membre en flexion, abduction et rotation externe avec point d'appui au creux poplité.

Le 22 février, la malade mit au monde un enfant prématuré avec inflammation oculaire qui meurt à la onzième semaine, de furonculose.

Après l'accouchement cystite. Aucune cessation des douleurs de la hanche n'est constatée, et à la fin du mois de mars, on change la position du membre que l'on fixe en extension dans un nouvel appareil plâtré.

Dans le courant du mois de mai, la malade peut enfin marcher mais doit user de béquilles et se chauffer d'un

soulier orthopédique remédiant au raccourcissement qui est très marqué.

Le 26 juin, Karewski la voit pour la première fois. Cette femme présente un bon état général sans stigmates de tuberculose ni de syphilis mais il constate une vaginite purulente. Cette affection s'est étendue et il note une urétrite, une endométrite et même une paramétrite postérieure.

A l'examen du membre malade, Karewski note un raccourcissement de 5 centimètres. La cuisse fléchie à 100 degrés est en abduction. Le grand trochanter est au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. Les mouvements actifs manquent complètement au niveau de l'articulation coxo-fémorale et les mouvements passifs sont très limités. L'ankylose subsiste même sous l'anesthésie.

Des tentatives de réduction restent sans résultat et conduisent à une intervention chirurgicale. On pratique la résection de la tête au-dessus du rebord cotyloïdien et on remarque une abondance exceptionnelle de tissu conjonctif dans la plaie opératoire.

La tête fémorale est dégarnie de son cartilage par plaques. Ce cartilage subsiste en îlots au milieu de zones érodées où la substance spongieuse de l'os apparaît à nu. En quelques points on observe sur cette substance spongieuse des surcharges fibrineuses et à la limite de la tête un début de formation d'ostéophytes.

Au bord supéro-externe, à 1 cm. 1/2 du point où la tête se change en col, on voit un sillon imprimé en quelque sorte dans le col, ce qui est sans doute en rapport avec l'attitude en flexion, abduction et rotation imposée en premier lieu et à la fonte du cartilage par la pression exercée en ce point

On peut admettre que le mouvement à sans doute accentué ce sillon.

OBSERVATION III

(F. Vidal. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 juillet 1895.)

Luxation spontanée de la tête du radius droit au cours d'hydarthrose blennorragique à bascule des deux coudes.

Il s'agit ici d'un malade âgé de 24 ans, qui au début d'une blennorragie commença à souffrir d'arthropathies qui gagnèrent successivement les articulations du genou, les tibio-tarsiennes, celles de l'épaule et les deux temporo-maxillaires. Cette attaque de rhumatisme blennorragique fut assez sévère pour nécessiter un long séjour à l'hôpital Bichat, d'où il sortit guéri au bout de deux mois et demi.

Plusieurs mois après il contracta une blennorragie, et trois semaines plus tard fut pris à nouveau d'arthralgies qui cette fois se localisèrent au niveau des deux coudes. Le coude gauche fut pris le premier. Tuméfaction douloureuse et impotence persistèrent pendant huit jours. Puis le coude droit fut pris à son tour avec distension du cul-de-sac supérieur qui forme en arrière une bosse énorme soulevant le tendon du triceps. La ponction permit de recueillir un liquide rougeâtre dans lequel cependant on ne put mettre le gonocoque en évidence.

Au bout de huit jours l'épanchement se reforma et on constata avec un grand étonnement que la tête du radius était luxée.

Cette luxation s'est effectuée sans douleur, spontanément,

sans que le malade en ait eu conscience. Le coude droit est déformé, incapable de tout mouvement et immobilisé en demi-flexion. L'avant-bras est en pronation et le patient ne peut lui faire exécuter le moindre mouvement. Le bras et l'avant-bras forment ensemble un angle de 110 degrés environ qui regarde en dedans. On palpe facilement la tête du radius, et on en sent nettement le pourtour, qui fait saillie sous la peau à la partie externe du pli du coude.

Cette observation nous est une preuve de la facilité d'erreur de diagnostic du rhumathisme blennorrhagique avec le rhumatisme articulaire aigu. Un examen superficiel du malade, atteint de douleurs atteignant un si grand nombre d'articulation peut en effet faire penser au premier abord au rhumatisme franc. Cette forme polyarticulaire du rhumatisme blennorrhagique par ses analogies avec le rhumatisme articulaire aigu nous explique que dans les luxations pathologiques une si grande part soit faite à cette dernière affection.

Nous notons aussi ce fait que nous ne rencontrerons pas dans la plupart de nos observations, que la luxation s'est produite sans que le malade s'en aperçoive. Ceci nous prouve le pouvoir destructif du processus infectieux blennorrhagique sur les liens articulaires. Ceux-ci dans le cas qui nous occupe ont été distendus par l'hydarthrose puis altérés dans leur structure au point de rompre et de laisser échapper la tête du radius sans qu'un traumatisme appréciable ait put être invoqué pour l'expliquer.

OBSERVATION IV

Harley dans le *British Medical Journal* du 2 mai 1896 rappelle au cours de la communication qu'il fait le cas suivant :

Une jeune femme est atteinte de rhumatisme gonococcique. Au cours de cette affection Harley fut appelé un jour à constater une luxation de l'épaule droite, articulation qui avait été le siège de rhumatisme blennorragique.

Il effectua la réduction, par un procédé qui n'est pas mentionné, et appliqua un appareil d'immobilisation comme pour une fracture de la clavicule. Cet appareil consistait en un simple bandage et la malade guérit.

Comme nous venons de le dire c'est au cours d'une communication que Harley fit ce récit, faisant uniquement appel à sa mémoire sur le cas qu'il cite et c'est pourquoi cette observation est si pauvre en détails. Nous avons tenu cependant à la faire figurer dans notre statistique et elle nous intéresse spécialement par le résultat fonctionnel intéressant qu'on obtint : dans la plupart de nos observations en effet, la luxation n'a pu être réduite. C'est aussi une localisation rare de cette affection.

OBSERVATION V

(Dr A. Halipré, *La Normandie Médicale*, 1902)

Rhumatisme blennorragique grave.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans atteint de blennorragie qui au cours de son affection urétrale voit se déve-

lopper un rhumatisme articulaire qui a présenté une gravité exceptionnelle. Les douleurs d'abord localisées au genou gauche se sont ensuite étendues à l'articulation de la hanche. Ces douleurs sont extrêmement violentes et rendent tout mouvement impossible. La région extrêmement gonflée est très douloureuse à la pression. La fièvre qui atteint 39° le soir, diminue d'environ un degré le matin, et se maintient ainsi pendant plusieurs semaines.

Au bout de deux mois et demi environ les douleurs cessèrent et la température revint à la normale. Mais l'articulation de la hanche reste profondément touchée. Il existe une ankylose à peu près absolue de l'articulation coxo-fémorale avec un raccourcissement apparent du membre inférieur de six centimètres. Le raccourcissement réel atteint seulement 1 à 2 centimètres.

La radiographie montre une tête fémorale dont la netteté des contours a disparu et on y note même une encoche profonde qui semble diviser cette tête en deux parties.

Le malade fut atteint pendant ces manifestations articulaires d'une iritis blennorragique qui guérit sans laisser de séquelles.

Dans la discussion qui suivit nous relevons cette importante constatation faite par Cerné :

Les rapports de la tête fémorale avec les différentes parties de l'os iliaque, nous dit-il, sont anormaux et cette constatation radiographique nous permet d'affirmer qu'il y a une luxation de l'articulation coxo-fémorale.

De sorte que ce qu'Halifré considère comme une

ankylose n'est qu'une luxation véritable et cela nous permet de rapporter cette observation qui peut ainsi rentrer dans notre statistique.

OBSERVATION VI

(Drehmann). (1)

Marie R. Un an et demi.

A 2 jours on note une ophthalmie purulente intense. Au quatrième jour la mère de cette enfant remarque un fort gonflement de la hanche gauche qui est surtout marqué dans la région inguinale et dans le voisinage des adducteurs. Ces signes rétrocedent seulement au bout de quelques semaines. Mais à l'âge de 3 mois, le médecin remarque un raccourcissement très net du membre inférieur gauche. L'enfant commence à marcher à l'âge de 1 an. Bien qu'elle ne semble accuser aucune douleur, elle boite fortement.

Quand je vis l'enfant à un an et demi, l'aspect était celui de la luxation congénitale. La radiographie faite à cette époque montre une ascension de la tête fémorale semblable à celle qu'on observe dans la luxation congénitale de la hanche, sans modification des contours ni du cartilage épiphysaire.

La réduction fut faite en octobre 1900 comme pour une luxation banale, sans incidents. Actuellement l'enfant marche sans appareil, la tête est en place et les mouvements sont normaux.

1. *Des inflammations articulaires du nouveau-né et de leur rôle étiologique dans les déformations ultérieures* (Zeitschrift für ortho., 1904).

Nous avons apporté cette observation bien que la présence du gonocoque n'y soit pas relatée ; mais l'existence d'une ophtalmie purulente dans l'étiologie des manifestations articulaires qui y sont décrites nous fait supposer qu'il s'agissait là, selon toute vraisemblance, d'une luxation d'origine blennorragique. Nous tenions cependant à faire cette réserve au sujet de cette communication.

OBSERVATIONS VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII et XIV

(Coopermann, *Ann. J. of Diseases of Children*,
février 1926.)

Coopermann a observé 8 luxations de la hanche, consécutives à des arthrites blennorragiques. Il les a relevées dans 53 cas de polyarthrites gonococciques qu'il eut à examiner.

Il note qu'il n'y eut aucun cas de double infection de la hanche.

C'était du septième au neuvième jour après la naissance que débutaient ces affections par un rash, avec une légère élévation de température. Deux semaines après la naissance l'articulation est douloureuse et les mouvements y sont impossibles. On note aussi des écoulements rectaux et vaginaux. Puis apparaissent des localisations purulentes de cette pyémie : les abcès se collectent en différents endroits et spécialement au creux ischio-rectal.

On trouve des gonocoques dans les écoulements rectaux et vaginaux, dans les abcès, et dans les sérosités articulaires.

Coopermann ajoute que quand il examina ces enfants l'affection remontait à trois ou quatre semaines.

Sur 8 localisations du rhumatisme blennorragique à la hanche, aucune n'échappa à la luxation que Coopermann constata au premier examen.

Il trouva dans l'ensemble les symptômes suivants qui ne permettent pas de douter de l'existence de ces luxations :

1^o Flexion de la cuisse sur l'abdomen ;

2^o Tuméfaction de la partie supérieure de la cuisse et de la fesse ;

3^o Limitation des mouvements passifs dans toutes les directions ;

4^o Ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton ;

5^o On note aussi un spasme marqué du psoas (impossibilité d'étendre le membre malade) ;

6^o Courbure de la colonne vertébrale, observée dans chaque cas. Cette courbure ou distorsion était due au spasme tonique du psoas iliaque et des muscles lombaires, et disparut d'ailleurs complètement au deuxième ou troisième mois.

De plus chez trois de ces enfants on note une pseudo-paralysie de la jambe au-dessous du genou avec atrophie du mollet que Coopermann attribue à une infiltration du plexus lombo-sacré, par l'inflammation péri-articulaire.

On fait remarquer encore qu'il fut impossible de déceler une suppuration intra-articulaire. On fit cependant de nombreuses ponctions, mais les tissus mous étaient si tuméfiés et épaissis, l'articulation si profonde qu'il était pratiquement impossible d'atteindre l'exsudat intra-articulaire avec l'aiguille aspiratrice.

La radiographie faite pour chaque cas a apporté une preuve de plus pour l'existence de la luxation.

Chose intéressante, ces enfants résistèrent d'une façon remarquable à l'affection, et on ne nota pas une seule mort.

Traitement. — Ces enfants furent mis dans un appareil plâtré prenant le thorax et le membre inférieur malade.

Après six à sept semaines, disparition de la douleur et de la sensibilité. Les déformations vertébrales disparaissent elles aussi.

On peut obtenir une extension presque complète de la cuisse et l'amplitude des mouvements passifs est très nettement augmentée dans tous les sens. Mais la tuméfaction persiste et la luxation n'est pas réduite.

On fait alors de la diathermie et du massage. Ces malades sont encore en observation. Ils ont quatorze mois et sont florissants.

La luxation persiste avec raccourcissement.

Les mouvements sont faciles et on ne remarque ni atrophie musculaire ni paralysie.

On essaiera de réduire la luxation vers l'âge de 18 mois, mais actuellement la crainte de réveiller l'infection latente ou de fracturer des os fragiles fait redouter tout essai de réduction.

Les écoulements rectaux et vaginaux ont cessé.

Le vaccin antigonococcique a été essayé sans résultat.

Nous soulignons l'importance de ces observations.

Le nombre de cas relatés atteint à lui seul presque le tiers de ceux que nous avons pu recueillir.

Nous les rapprocherons d'une communication de Drehmann parue en 1904 sur « les inflammations articulaires du nouveau-né et de leur rôle étiologique dans les déformations ultérieures ». Cet auteur rapporte sept observations d'enfants atteints « d'inflammations articulaires » ayant présenté sensiblement le syndrome que Coopermann nous a décrit précédemment. On y notait dès les premiers jours de la vie des douleurs articulaires au niveau de la hanche immobilisée en flexion, un gonflement marqué de la région malade qui durait quelques semaines et évoluait soit vers un abcès, soit vers une résorption lente et progressive. Tout semblait rentrer dans l'ordre et pourtant au bout d'un temps plus ou moins long on voyait apparaître dans certains cas les signes cliniques d'une luxation, qu'on traita par la réduction et l'immobilisation.

Dans ces 7 cas nous n'avons relevé qu'une seule luxation ayant dans son étiologie une ophtalmie purulente bien en faveur de la nature gonococcique. On peut se demander s'il n'y aurait pas eu lieu de rechercher avec plus de persévérance, si le gonocoque ne pouvait avoir une place plus importante dans la pathogénie des luxations que cet auteur nous décrit.

Les observations de Coopermann, en tous cas, nous démontrent que la luxation consécutive aux arthrites gonococciques est loin d'être rare puisque sur 53 arthrites de ce genre on a relevé 8 luxations. Cela fait l'importante proportion de 15 %.

Des travaux de ces deux auteurs il résulte que cette affection non traitée se présente lorsque l'enfant commence à marcher, avec l'allure clinique d'une luxation congénitale.

Il nous est permis de supposer que quelques luxations dites congénitales ont peut-être été des luxations pathologiques du nouveau-né et que le gonocoque, entre autres agents, a pu jouer un rôle étiologique important.

OBSERVATION XV

(Delteil, Thèse de Paris, 1926.) Observation du Dr Mondor.

Le 1^{er} février à 8 heures du soir, je suis appelé auprès d'une malade qui est couchée depuis trois semaines pour une affection fébrile grave. Cette jeune fille de 20 ans a été prise en pleine santé d'une atroce douleur soudaine le 11 janvier 1926. Cette douleur siégeait dans la fesse gauche, empêchait la station debout, et forçait la malade à s'aliter.

Le salicylate de soude ne calma pas la douleur, ne fit pas baisser la température qui depuis le premier jour resta fixée à 39 degrés.

Le 2^e février à 6 heures du soir, un médecin consultant appelé par le médecin traitant porte le diagnostic de phlegmon de la fosse ischio-rectale. Lorsqu'on me demande auprès de la malade c'est pour une incision d'urgence.

Mais je vois une malade dont la cuisse gauche est en flexion, adduction et rotation interne très marquée, dont les deux mains fixent et protègent la cuisse dans cette position. Il est aisé, en une seconde, d'écarter l'hypothèse d'un phlegmon ischio-rectal et assez facile de localiser à l'articu-

lation de la hanche des phénomènes inflammatoires si violents. L'examen est cependant rendu délicat par l'intensité des phénomènes douloureux. Le palper du triangle de Scarpa et de la fesse arrachent des cris à la malade. L'empâtement de ces deux régions est manifeste, largement étalé. Ce qui est caractéristique c'est que le moindre mouvement transmis à la tête fémorale fait hurler la malheureuse. En agissant avec plus de douceur au niveau du genou, tout essai de flexion, d'extension et de rotation de la hanche est un supplice. Il faut bien insister sur cette douleur car elle est le symptôme le plus frappant et elle ne sera pas sans avoir sur la maladie son influence.

Je porte le diagnostic d'arthrite aiguë coxo-fémorale, je dis au médecin mes raisons de penser à une arthrite gonococcique : caractère phlegmoneux des lésions, douleur extrême, soudaineté du début. A ce moment un interrogatoire plus minutieux m'apprend qu'il y eut une arthralgie du poignet gauche pendant deux ou trois jours avant l'atteinte brutale de la hanche.

Transportée à Beaujon, mon premier soin est de réduire cette position vicieuse dans laquelle la malade est fixée depuis trois semaines et d'immobiliser cette articulation dont les douleurs n'ont pas permis le sommeil depuis vingt jours. Anesthésie générale. Grand appareil plâtré. Coxalgie. Cuisse en extension, pied à angle droit. Je fais faire une radiographie et fais un prélèvement des écoulements vaginaux. Je constate qu'il existe un certain degré de vulvite et que la malade est vierge (hymen à petite ouverture n'admettant pas l'index).

L'examen bactériologique est négatif.

En revanche l'examen radiographique montre à l'évidence deux signes :

1° La disparition de l'interligne articulaire ;

2° Une ostéoporose très marquée de la tête fémorale, ostéoporose surtout appréciable à la partie supérieure de la tête.

Une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de lipovaccin antigonococcique est faite le jour même de son entrée. La fièvre le lendemain s'abaisse brusquement à 37 degrés alors que depuis le début elle était de 39 degrés environ.

Le traitement par le lippo-vaccin (lipogon) est continué (injection sous-cutanée tous les quatre jours). La malade a une température qui ne dépasse plus 38 degrés, mais des douleurs encore épouvantables.

Malgré l'appareil plâtré ces douleurs sont telles qu'il faut faire chaque soir de la morphine et que le moindre soin de toilette donné par les infirmières est un réveil de cris. La malade en arrive, par crainte du bassin à glisser, à uriner sous elle, sans prévenir. Il en résulte bientôt une escarre sacrée importante dont les pansements vont donner lieu à des crises de larmes qui affligent le personnel. La maladie est véritablement atroce et grave. La malade ne dort pas, devient cachectique, a une large escarre. Le lipogon est continué sans autres gains que la chute de température, dont on peut aussi accorder le bénéfice à l'immobilisation par le plâtre. Il convient d'indiquer que, au cinquième prélèvement de pus vaginal, l'examen bactériologique a révélé la présence de gonocoque pur.

Je fais une nouvelle radiographie le 25 février. Elle est déconcertante. Dans la gouttière plâtrée qui semblait l'immobiliser, la malade est en train de réaliser une luxation

pathologique. La tête fémorale semble à demi amputée par le sourcil cotyloïdien. La moitié inférieure du cotyle est désertée. Ce qui reste de la tête est en subluxation en haut et en arrière. Les choses se passent comme si le rebord cotyloïdien, à la façon d'un instrument tranchant, tranchait, réséquait cette tête poreuse dont la première radiographie montrait la décalcification aiguë.

Je fais supprimer la gouttière plâtrée et appliquer l'extension continue.

La malade en éprouve un grand soulagement. De ce jour les phénomènes douloureux cessent. Le lipogon est continué pendant quinze jours encore ; l'état général de la malade s'améliore. Elle mange, dort et ne redoute plus le pansement de l'escarre.

Une nouvelle radiographie le 15 mars montre que l'extension n'a pas corrigé la subluxation. Par crainte d'une ankylose en attitude tout à fait vicieuse, je n'ose pas placer cette cuisse en flexion, rotation externe et abduction qui favoriserait le retour de la tête. Je fais faire un appareil plâtré par le Dr Robert Ducroquet. La malade le gardera deux mois. Elle ne souffre plus, engraisse et répare vite son escarre.

Le 15 mai, l'appareil est enlevé. La malade a une cuisse gauche fort atrophiée, un raccourcissement de 4 centimètres, une hanche incomplètement ankylosée en subluxation.

Il faut souligner et publier ce déplorable résultat orthopédique. Voici une jeune fille de 20 ans, dont la mono-arthrite aiguë coxo-fémorale, diagnostiquée au vingtième jour et malgré trois examens bactériologiques négatifs justement étiquetée gonococcique et traitée par des vaccins thérapeu-

tiques antigonococciques, a entraîné, malgré le plâtre, une luxation pathologique.

OBSERVATION XVI (Guinard)

(Résumée dans le rapport de M. Mondor).

Guinard avait confié à Bris pour sa thèse l'observation d'une jeune femme de 21 ans qui trois semaines après son mariage, fait une arthrite de la hanche. Le mari « n'avait plus qu'une goutte de temps en temps après les excès ». On immobilise la malade dans un plâtre du 4 octobre au 23 novembre. Les douleurs cessent, mais quand on enlève le plâtre le membre est fléchi et en abduction. La malade est difforme et infirme pendant tout l'hiver. Guinard la voit en juin, préconise le redressement forcé sous anesthésie. En le pratiquant, tout à coup un craquement de fracture. L'ankylose a résisté mais il s'est fait une fracture sous-trochantérienne.

Sept cas de luxations consécutives à la coxite aiguë blennorragique.

König que nous avons consulté, rapporte 20 cas de coxite aiguë blennorragique au cours desquels il constata sept fois la luxation. Bien que n'ayant aucun détail à leur sujet, nous relevons cependant la proportion importante des luxations dans la coxite qui d'après la statistique de cet auteur atteint le chiffre imposant de 35 %. Ces cas concernent tous des adultes.

ROLE DES ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES DANS L'ÉTIOLOGIE DES LUXATIONS PATHOLOGIQUES

Nous nous proposons dans ce chapitre de reproduire l'opinion des principaux auteurs qui se sont occupés de luxations pathologiques, sur l'importance du rôle étiologique qui revient à chacune des maladies infectieuses les plus souvent invoquées.

C'est Verneuil qui en 1883 mit en relief les luxations subites au cours des maladies infectieuses et nous relevons dans la communication qu'il fit à la Société de chirurgie 8 observations de luxations pathologiques :

Quatre d'entre elles reconnaissent pour cause le rhumatisme articulaire aiguë ;

Deux, un rhumatisme pseudo-infectieux ;

Une, la fièvre typhoïde ;

Une, concerne un malade entré avec une luxation ancienne de la hanche et dont la cause n'est pas indiquée.

L'opinion de Verneuil se traduit par l'avertissement qu'il donne de surveiller plus qu'on ne le fait l'attitude des membres au cours du rhumatisme articulaire aigu, de corriger les positions vicieuses dès qu'elles apparaissent, surtout quand elles semblent être par elles-mêmes la source de douleurs. C'est préconiser l'immobilisation. Cette opinion ne fait que commenter la statistique que je viens de rapporter puisque le rhumatisme articulaire aigu figure pour 50 % dans l'étiologie des luxations qu'il rapporte.

En 1886, Forgue et Maubrac dans un large exposé sur les luxations pathologiques en général passent en revue les causes les plus fréquentes pouvant les déterminer.

Les arthrites rhumatismales sont citées au premier rang et celles que cause la fièvre typhoïde viennent ensuite. Pour ces auteurs la fréquence de la luxation au cours du rhumatisme franc s'expliquerait par l'intensité des troubles musculaires auxquels ils attribuent le rôle principal dans la pathogénie de cette complication. Dans aucune maladie des articulations l'atrophie musculaire n'atteindrait un tel degré.

Un court chapitre est consacré aux arthrites infectieuses parmi lesquelles ils citent : la pyohémie, les fièvres éruptives et l'ostéomyélite, sans réserver aucune mention à la blennorragie.

Sainton dans la *Revue d'orthopédie* de 1892 au sujet des luxations subites de la hanche range par

ordre de fréquence les maladies infectieuses capables de les produire. C'est dans cet ordre qu'il les cite : Fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, scarlatine, rougeole, diphtérie et varicelle. Comme dans les statistiques qui précèdent nous notons qu'aucune observation de luxation consécutive à la blennorragie n'y est relatée.

La thèse de Champenois (Lille, 1893-1894) nous donne la statistique suivante des luxations pathologiques au cours des maladies infectieuses qu'il a rassemblées :

Rhumatisme articulaire aigu.....	18
Fièvre typhoïde.....	10
Scarlatine.....	8

Dans plusieurs observations ayant trait au rhumatisme articulaire que nous avons parcourues il nous a semblé que l'allure clinique de la maladie pouvait supporter que l'on critiquât l'étiquette de rhumatisme franc. Nous serions tenté d'y substituer celle de pseudo-rhumatisme infectieux en faisant remarquer que parmi ceux-ci une recherche minutieuse et persévérante eût peut-être permis d'identifier la nature de l'infection causale.

Le gonocoque en particulier dont il est fait abstraction aurait peut-être pu se trouver alors représenté dans une statistique où il ne figure nullement.

En 1894, *Kirmisson* dans un rapport qu'il fit à la Société de chirurgie de Paris cite un cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui fut suivi d'une

luxation de la hanche. A ce propos il nous dit aussi son opinion sur l'étiologie des luxations pathologiques :

« C'est au cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine et du rhumatisme articulaire aigu que se produisent surtout ces déplacements subits. »

Nous citerons aussi *Widal* qui, en 1895, à la suite de l'observation de luxation pathologique du radius chez un blennorragique rappelle les principaux travaux qui ont été faits sur les luxations spontanées.

Il dit n'avoir trouvé aucun autre exemple d'arthrite blennorragique suivie de luxation dans la littérature et considère son observation comme un cas exceptionnel, tant au point de vue de la localisation qu'au point de vue de la cause qui l'a déterminée : l'arthrite blennorragique.

Le rhumatisme articulaire aigu serait à son avis la cause la plus fréquente de ces variétés de luxations.

Nous en arrivons aux travaux de *Degez* (1898-1899) sur les luxations subites au cours des maladies infectieuses ;

La fièvre typhoïde serait la cause la plus fréquente de cette affection, suivie de près par le rhumatisme articulaire aigu.

Puis viennent par ordre d'importance décroissante : la scarlatine et la variole.

« Avec la blennorragie, la grippe, l'érysipèle, ajoute-il, nous tombons dans la rareté, » Voici

d'ailleurs la statistique des 80 cas qu'il a pu réunir et où

La fièvre typhoïde a été en cause.	32 fois
<i>Le rhumatisme articulaire aigu.</i>	24 —
La scarlatine.....	13 —
La variole.....	3 —
La blennorrhagie.....	3 —
La grippe.....	2 —
L'érysipèle.....	1 —
L'empyème.....	1 —
Les fièvres éruptives.....	1 —

soit une proportion

Pour la fièvre typhoïde.....	40 %
Pour le rhumatisme articulaire aigu..	30 %
Pour la blennorrhagie.....	3,75 %

Phocas dans la *Gazette des Hôpitaux* se range à cette opinion et reproduit l'ordre de la précédente statistique quant aux trois maladies infectieuses qui tiennent les premières places. Aucune mention de l'arthrite blennorrhagique n'y est faite,

En 1920, *Flament* étudie dans sa thèse les luxations pathologiques de la hanche dans la seconde et la première enfance consécutives aux maladies infectieuses aiguës.

Nous avons parcouru ce travail en entier et nous y relevons la statistique des maladies aiguës ayant provoqué les luxations qui y sont rapportées ;

Ostéomyélite.....	6
Pneumococcie.....	2
Scarlatine.....	1

De l'ensemble de ces statistiques il ressort nettement que pour la grande majorité des auteurs, parmi les maladies infectieuses, trois d'entre elles, par les arthrites qu'elles déterminent, entrent surtout en cause dans l'étiologie des luxations pathologiques :

Ce sont d'abord le rhumatisme articulaire aigu et la fièvre typhoïde, sans qu'on puisse d'après le travail qui précède attribuer la première place à l'une ou l'autre de ces deux maladies.

La fièvre scarlatine vient ensuite, réunissant un nombre de cas de beaucoup inférieur. Comme nous l'avons déjà fait remarquer au cours de ce chapitre, la blennorrhagie tient un rang, que Degez n'a pas hésité à considérer comme à peu près négligeable, mais que nous considérons, nous, comme sous-estimé jusqu'ici. En effet les observations que nous rapportons montrent par leur nombre assez élevé que la blennorrhagie a droit à une plus large part dans l'étiologie des luxations qui nous occupent. Dès maintenant nous croyons pouvoir faire remarquer qu'on la trouverait probablement plus souvent en cause si on y pensait davantage lorsqu'on se trouve en face de manifestations articulaires n'ayant pas l'allure franche du rhumatisme articulaire aigu. Il ne faut pas oublier non plus que le rhumatisme blennorrhagique se manifeste sous une forme clinique qui peut en imposer pour un rhumatisme franc, je veux parler de la forme polyarticulaire. Celle-ci peut prêter à confusion et on devrait toujours y penser, surtout lorsque le salicylate de soude n'arrive pas à jugu-

ler l'affection que l'on traite pour du rhumatisme articulaire aigu franc.

Nous croyons qu'on donne au rhumatisme articulaire aigu, dans ces statistiques, une première place qui ne lui revient pas.

Nous avons alors parcouru plusieurs traités de médecine ayant trait à cette maladie infectieuse et nous avons spécialement porté notre attention sur ses formes cliniques et son évolution. Voici brièvement exposé le résultat des recherches que nous avons orienté dans ce sens :

Nous nous sommes d'abord adressé au *Traité clinique du rhumatisme articulaire* que Bouillaud fit paraître en 1840. Cet auteur y mentionne la possibilité des luxations : « Au lieu d'être contiguës et mobiles comme à l'état normal, les surfaces articulaires peuvent contracter entre elles des adhérences générales ou partielles. Elles sesoudent, s'ankylosent à la manière de deux surfaces ulcérées mises en contact. Selon les diverses conditions ou les divers accidents de ces unions anormales, les articulations offrent extérieurement différentes sortes de déviations ou de contorsions. Dans quelques cas il tend à se produire et il se produit même soit des luxations incomplètes, soit des luxations complètes. »

Le *Traité de pathologie interne* de Baltazar ne fait aucune mention semblable dans l'évolution des lésions articulaires du rhumatisme aigu.

Au chapitre des formes cliniques du rhumatisme articulaire aigu, *Enriquez* en fait l'énumération :

Rhumatisme abortif, rhumatisme franc, rhumatisme grave, et enfin rhumatisme prolongé. Cette dernière forme, de beaucoup la plus grave par sa persistance, ses rechutes fréquentes, serait celle qui devrait prédisposer le plus aux dégâts articulaires, à la luxation. Or, cette auteur est affirmatif dans son opinion à ce sujet : « au moment de la guérison les douleurs disparaissent rapidement ainsi que les fluxions. Il persiste pendant quelques jours à peine un peu de tuméfaction et d'endolorissement. *En aucun cas on ne constate ni suppuration, ni ankylose* ».

H. Barbier soutient que l'évolution des arthropathies dans le rhumatisme articulaire aigu est le plus souvent bénigne. Les formes graves et prolongées qui sont la cause des séquelles les plus importantes laissent au plus après elles des raideurs articulaires, de la douleur dans les mouvements, et parfois une ankylose. Celle-ci encore ne s'observe que dans les cas graves à récides articulaires prolongées et principalement dans les articulations ayant des mouvements normaux limités (poignet, colonne vertébrale). Cet auteur ajoute que « le rhumatisme dans sa localisation articulaire prend le malade intact et le laisse intact dans l'immense majorité des cas ». Il n'est nullement question de luxation, ni même de possibilité de luxation, comme conséquence proche ou éloignée de cette maladie infectieuse.

Grenet dans le *Traité de pathologie interne* de Sergent, nous dit qu'à la suite du rhumatisme articulaire il persiste quelquefois des raideurs au niveau des ar-

tifications atteintes, mais ces manifestations, ajoutait-il, sont peu fréquentes. Et plus loin nous relevons ce passage : « le rhumatisme articulaire aigu seul laisse à sa suite quelques raideurs localisées et un large gonflement pendant quelques semaines, mais il ne produit jamais d'ankylose vraie et peu à peu tout rentre dans l'ordre ». La luxation n'est à aucun moment envisagée.

Gilbert et Fournier n'envisagent point non plus la complication que nous étudions dans les séquelles ni dans l'évolution du rhumatisme articulaire. Avec *Grenet* par contre ils nous mettent en garde, lorsqu'on se trouve en présence d'un rhumatisme bâtard chez un individu paraissant en bonne santé, de porter à la légère le diagnostic de rhumatisme franc sans avoir auparavant éliminé le rhumatisme gonococcique.

Widal et May dans leur *Traité du rhumatisme articulaire* n'envisagent à aucun moment la luxation pathologique. Ils mentionnent seulement des raideurs articulaires et des tuméfactions articulaires pouvant persister pendant quelque temps.

Pour *Bezançon* les récurrences seraient les seules manifestations articulaires auxquelles seraient exposées les articulations.

Collet dans son *Nouveau Traité de Pathologie interne* ne parle, lui aussi, que de raideurs articulaires et de récurrences possibles pour l'avenir des rhumatisants.

Je citerai aussi l'opinion de *Halbron* : quelques

reprises articulaires sont possibles et montrent que l'affection n'est pas terminée ; et il ajoute : « il n'y a jamais de séquelles articulaires ».

Enfin, *Broca* et *Monod* envisagent cependant la possibilité de la luxation : cette évolution, poureux, très rare à la hanche, serait exceptionnelle aux autres articulations.

Sur le nombre des auteurs que nous avons consulté, *seuls, Bouilland et Broca prétendent que la luxation pathologique peut s'observer dans le rhumatisme articulaire aigu.*

Tous les autres auteurs, au contraire sont d'accord pour affirmer que cette affection, dans sa localisation articulaire, laisse au plus après elle des raideurs, des douleurs, une légère limitation des mouvements et au maximum dans les formes graves à récidives, une ankylose plus ou moins prononcée.

Il est alors curieux de rapprocher les statistiques que nous avons reproduites sur les rôles respectifs des maladies infectieuses dans l'étiologie des luxations pathologiques. Nous nous rappelons en effet que pour la grande majorité des auteurs qui se sont occupés de cette question le rhumatisme articulaire aigu s'y dispute la première place avec la fièvre typhoïde.

Il y a là une invraisemblance qui vient confirmer l'hypothèse que nous émettions plus haut. Il est probable, disons-nous, que dans de nombreux cas

les luxations dites consécutives à un rhumatisme articulaire aigu relèvent de pseudo-rhumatismes infectieux.

Or il ressort de nos observations que le rhumatisme articulaire blennorragique produit des luxations pathologiques beaucoup plus souvent qu'on ne le suppose.

D'autre part la ressemblance de la symptomatologie du rhumatisme franc avec le rhumatisme gonococcique peut, on le conçoit, prêter à confusion entre ces deux affections.

Dès lors nous pensons que nombre de luxations attribuées au rhumatisme articulaire aigu sont le fait de rhumatismes pseudo-infectieux et parmi ceux-ci c'est au rhumatisme gonococcique, pour les raisons que nous avons invoquées, que doit revenir la plus large part.

De plus les arthrites que déterminent ce dernier produisent dans les articulations intéressées des lésions que nous avons décrites et qui peuvent parfaitement provoquer la luxation pathologique. Si nous nous souvenons en effet de la pathogénie de ces luxations nous croyons que le chapitre de l'anatomie pathologique des arthrites gonococciques rassemble les éléments indispensables à la luxation : lésions de la synoviale, des liens élastiques articulaires. N'avons-nous pas relevé dans un cas d'arthrite gonococcique une destruction du ligament rond ?

Nous y trouvons aussi à un degré qu'on n'a jamais remarqué dans le rhumatisme franc, des

lésions ostéo-périostiques : ulcération des cartilages articulaires, ostéoposose des extrémités osseuses articulaires avec décalcifications.

Rappelons que l'atrophie musculaire est rapide et intense et nous aurons retrouvé la gamme des agents qui président à toute luxation pathologique.

La luxation pathologique est donc une évolution de l'arthrite gonococcique, dont nous ne pouvons pas être surpris.

CONCLUSIONS

1° L'étude des luxations pathologiques ne repose que sur des statistiques très anciennes.

2° Dans ces statistiques le rôle de l'infection articulaire gonococcique n'est pas suffisamment mis en évidence.

3° Nous avons pu réunir 23 observations de luxations pathologiques dans lesquelles l'étiologie gonococcique paraît très claire.

4° Comme pour toute luxation pathologique, c'est l'articulation de la hanche qui de toutes les articulations est la plus menacée.

5° L'atteinte de cette articulation chez le nourrisson permet de penser que certaines luxations dites congénitales ont pu être des luxations pathologiques gonococciques.

6° Le rôle attribué au rhumatisme articulaire aigu, dans les statistiques classiques, est certainement trop généreux. Bien des cas étiquetés rhuma-

tismes articulaires aigus étaient sans doute, comme la simple lecture des observations force à le penser, des cas de rhumatismes pseudo-infectieux, d'arthrites gonococciques.

**Vu : le Président de la thèse,
SEBILEAU**

**Vu : le Doyen,
ROGER**

**Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Dijon
LAPIE**

BIBLIOGRAPHIE

Balthazar. — Traité de Pathologie interne.

Benoiste Pilloire. — Arthrites suppurées aiguës de la hanche.
Thèse de Paris, 1925.

Bezançon. — Traité de pathologie interne.

Bonnet. — Traité des maladies des articulations, 1845.

Bouillaud. — Traité clinique du rhumatisme articulaire, 1840.

Broca et Monod. — Rhumatismes infectieux (Traité de path.
de Le Dentu et Delbet).

Champenois. — Des luxations pathologiques dans les maladies
aiguës. Thèse de Lille, 1894.

Collet. — Nouveau traité de pathologie interne.

Cooperman. — Arthrites pyogènes de la hanche de l'enfant et
du nourrisson (Am. J. of Dis. of Children, février 1926).

Degez. — Des luxations subites de la hanche consécutives aux
maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1898-1899.

Delteil. — De la coxite aiguë blennorragique. Thèse de Paris,
1926.

Didier. — Luxations pathologiques consécutives aux arthrites.
Thèse de Paris, 1880.

Drehmann. — Des inflammations articulaires du nouveau-né
(Zeitschrift für ortho., 1904).

Dufour, Gaillard et Ravina. — Lésions osseuses du rhumatisme
blennorragique (Bulletin de la Soc. méd. des Hôp., 1919).

Enriquez. — Traité de médecine.

Flament. — Des luxations pathologiques de la hanche dans la
première et la deuxième enfance. Thèse de Paris, 1920.

Forgue et Maubrac. — Traité de luxations pathologiques, 1886.

Gilbert et Fournier. — Traité de Pathologie interne.

Grenet. — Traité de Pathologie interne de Sergent.

Halipré. — La Normandie Médicale, 1902.

Harley. — British medical Jour., 2 mai 1896.

Kirmisson. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1844.

Kœnig. — Berl. Klin. Woch., 1901.

Magaine. — Traité des fractures et luxations, t. II.

Maucclair. — Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses (Arch. génér. de méd., 1890).

— Difformités acquises de la hanche (Traité clin. de Le Dentu et Delbet).

Mondor. — Traitement des arthrites gonococciques en évolution (XXV^e Congrès de l'Association française de Chirurgie, 1926).

Moulonguet. — Journal de radiologie et d'électricité, 1926.

Petit (J.-L.). — Observation anatomique et pathologique sur les chutes qui causent une luxation, etc. (Mém. de l'Acad. des sciences, 1722).

Phocas. — Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës (Gazette des Hôpit., 15 nov. 1894).

Sainton. — Des luxations subites de la hanche (Revue d'orthop., 1892).

Verneuil. — Des luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire ou des arthrites aiguës (Soc. de chirurgie, 1883).

Widal. — Luxation de la tête du radius dans une arthrite blennorrhagique à bascule du coude, 26 juillet 1895.

Widal et May. — Traité du rhumatisme articulaire aigu.

7406 — Impr. de la Faculté de médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 12-26
